

Relación médico- pediatra/ madre consultante en la Atención Primaria de la Salud. Apuestas y propuestas para su humanización

María Paula Juárez

RESUMEN

El artículo presenta un estudio exploratorio de cuatro casos de médicos y médicas pediatras del primer Nivel de Atención del subsistema Público de Servicios de Salud de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) atendiendo a la relación que establecen con los niños y madres consultantes de contextos pobres. Se plantean consideraciones conceptuales, procedimientos metodológicos e intencionalidades del estudio y se ahonda en un análisis situacional de la relación atendiendo a: componentes externos, concepciones epistemológicas y axiológicas y concepciones acerca de la relación que la condicionan, aspectos intersubjetivos, problemas identificados, condicionantes de género y/o paternidad/maternidad de los profesionales; incidencia del contexto macrosocial, sistema de salud y precariedad laboral del médico, incidencia de la cultura organizacional; consecuencias de una mala relación; beneficios de una buena relación; aspectos en salud comunitaria, relaciones extensionistas y formación profesional recibida. Dada la multidimensionalidad de condicionantes que presenta la relación se analizan dos caminos que puede asumir el futuro de la misma: 1) la continuidad en el vaciamiento de contenidos humanistas en la formación médica y la barrera psicosociocultural, y 2) la formación en pedagogía dialógica para la práctica médica. Se desarrolla brevemente esta propuesta desde los ejes: lo pedagógico del encuentro, procesos cognoscentes implicados, etapas de la comunicación

ABSTRACT

The paper presents an exploratory study of four cases of medical pediatricians of the first subsystem Care Level Public Health Services of the city of Río Cuarto (Córdoba, Argentina) based on the relationship established with the children and mothers consultants of poor contexts. Conceptual considerations are stated as well as methodological procedures and the intentionality of the study, and go deep into a situational analysis of the relationship attending to: external components and axiological and epistemological conceptions about the relationship that condition, intersubjective aspects, problems identified, gender conditioning and paternity/maternity, incidence of macro-social context, health system and precarious job conditions of physician, impact of organizational culture, consequences of a bad relationship, benefits of a good relationship, community health issues, relationship extension and training received. Because of the multidimensionality of conditions that shows the relationship discusses, two ways that can assume the future of it: 1) continuity in clearing humanistic content in medical training and psychosociocultural barrier, and 2) training in dialogic pedagogy for medical practice. Briefly this proposal is developed from the axes: pedagogy of the encounter, cognizant processes involved, dialogic communication stages. Finally it reflect on the horizon of this dialogic

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2013

Fecha de aprobación: 20 de diciembre de 2013

dialógica. Finalmente se reflexiona sobre el horizonte de la relación desde esta perspectiva dialógica y sus consecuencias en la práctica médica actual.

PALABRAS CLAVE: médico-paciente, Atención Primaria en Salud, barrera psicosociocultural, pedagogía dialógica

Presentación

La presencia de una barrera psicosociocultural que se interpone entre médicos-médicas pediatras y consultantes de contextos pobres que recurren al Primer Nivel de Atención define una problemática actual en el campo de la salud que escenifica los obstáculos en estas interacciones haciéndolas perder eficacia y eficiencia¹, al tiempo que favoreciendo su deshumanización, junto con el surgimiento de actitudes negativas de la población hacia los profesionales, sus saberes y sus prescripciones, como así también la pérdida de oportunidades para promover al desarrollo salubrista de las poblaciones.

Conocer lo que sucede al interior de estas relaciones, comunicaciones y encuentros permite desentrañar un escenario complejo y multidimensional, al tiempo que posibilita advertir los lineamientos a seguir para su transformación.

Orientados por esta intencionalidad, se realizó un estudio exploratorio de cuatro casos de médicos y médicas pediatras del primer Nivel de Atención del subsistema Público de Servicios de Salud de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) atendiendo a la relación que establecen con los niños y madres consultantes

¹ Manifiesta en las dificultades de lograr una mayor adhesión a los controles y/o tratamientos; dificultades en la comprensión por parte de las madres y padres de los procesos de salud de sus hijos e hijas; la dificultad de influir eficazmente en el desarrollo de hábitos saludables en las madres y padres, como así también en los niños y niñas; el aumento de las recidivas, y el incremento en la carga de morbilidad en las comunidades, etcétera.

relationship perspective and its impact on current medical practice.

KEYWORDS: medical-consultant, Primary Health Care, psychosociocultural barrier dialogical pedagogy

de contextos pobres para, a partir de su conocimiento elaborar una propuesta de formación médica en pedagogía dialógica orientada a humanizar dicha relación desde los aportes de la psicología sanitaria, la salud comunitaria y la pedagogía de Paulo Freire.

Atendiendo a lo planteado se organiza el artículo en cinco secciones: en la primera, se explicitan algunos aspectos conceptuales, intencionalidades y los procedimientos metodológicos que permitieron realizar el estudio. En la segunda, se presentan las dimensiones y categorías de análisis emergentes del mismo. En la tercera se desarrolla el análisis situacional que da cuenta de la complejidad de la relación. En la cuarta, se problematiza sobre la posibilidad que las relaciones médico-médica/consultantes asuman dos caminos en un presente y futuro inmediato: uno vinculado a la deshumanización y la barrera psicosociocultural y el otro a una alternativa humanizadora desde una propuesta de formación médica en pedagogía dialógica como futuro esperanzador para la relación. Finalmente se realizan reflexiones en torno a la temática tratada.

Punto de partida conceptual y metodológico para el estudio de la relación médico-médica/consultante

El recorrido histórico de la relación médico-médica/consultante², frecuentemente denominada

² Este estudio emplea la designación “consultante” en reemplazo al tradicional “paciente” dado que éste refiere a un sujeto padeciente, pasivo que se hace tratar en situación de enfermedad. No obstante, actualmente desde la perspectiva de gestión de salud positiva la persona sana también demanda los servicios del médico, resultando equivoca la palabra “paciente”. En búsqueda de una

médico-paciente, permite identificar básicamente tres paradigmas de comprensión: el primero, vinculado a la medicina hipocrática caracterizado por un paternalismo médico que implicaba que el médico decidía lo más conveniente para el paciente. El segundo, cuya presencia se da con el liberalismo, basado en la autonomía del paciente como ser libre de tomar decisiones sobre su salud. Y el tercero, desarrollado en la década del 70' con el auge de la bioética, posicionada frente al avance de la ciencia y la técnica incidiendo en el resguardo de la libertad, la dignidad y la igualdad del paciente como ser humano.

En este escenario diversos estudios se han concentrado en la problemática implicada en esta relación y la han denominado de diversas maneras: vinculación inquietante (Ferrara, 1985); encuentro insatisfecho (Thompson, 1990), choque de creencias (Kalinsky y Arrúe, 1996); dualidad vincular de tinte verticalista (Emmanuelle, 1998); relación inclusiva de desigualdad social (Mendoza González, 1999); barrera psicosociocultural (Saforcada, 2001, 2002); barreras culturales y de género (Lasso Toro, 2012), tensiones o desencuentros (Lasso Toro, 2012) entre otras.

Por otro lado, se advierte que los antecedentes en formación médica se vinculan a programas de capacitación orientados a la actualización en el avance científico en determinada especialidad, nuevas técnicas y tecnologías como herramientas aparatológicas para contribuir a diagnósticos y tratamientos, cuyo propósito es ampliar los conocimientos fácticos del médico.

Como contrapartida, el interés del presente estudio se vincula a una formación humana en medicina desde la posibilidad dialógica de un trabajo con los implicados. En esta perspectiva Michel Balint (1896-1970) fue un

construcción lingüística superadora desde la pedagogía de Freire se problematiza esa noción y se emplea "consultante" remitiendo a un sujeto activo y crítico que significa su vivenciar en salud o enfermedad como una realidad integrante del fenómeno vital, construyendo un conocimiento de la misma que promueve su injerencia desde lo individual a lo colectivo, involucrándolo en actividades de participación, autogestión y defensa de los derechos en salud (Juárez, 2012).

pionero que en la década de los 40 inició los grupos Balint conformados por médicos que buscaban mejorar las relaciones con sus pacientes (Balint, *et al.* 1984; Otten, 2002).

En Argentina, Maglio (2009) entiende que las escuelas de Medicina le han dado poca importancia a la formación respecto al vínculo humano médico-paciente. No obstante reconoce algunos precursores y contenidos en los planes de estudio de las diferentes Carreras de Medicina que, con diversos nombres como "Psicología Médica", "Salud Mental", "Educación para la Salud", "Humanismo Médico" y "Bioética", manifiestan intereses subyacentes a la relación médico-paciente y las competencias y habilidades de trato comunicacionales y sociales para la misma. El autor considera como insuficiente y desigual el avance en la enseñanza de estos temas en las Escuelas de Medicina en Argentina, permaneciendo muchas de estas temáticas en el plano de la declamación sin implementarse en la práctica.

Atendiendo a una formación humanista para la práctica médica, la propuesta que a partir de este estudio se realiza toma como fundamento a la perspectiva de Paulo Freire (1921-1997), pedagogo brasileño representante de la pedagogía dialógica y crítica en América Latina cuyo eje es la creación de una educación liberadora. Sus aportes se caracterizan por (Vogliotti y Juárez, 2012):

- *Ser una perspectiva crítica* en tanto denuncia toda forma de dominación humana, reconoce en los sujetos históricos su posibilidad transformadora en la interrelación dialéctica de la teoría con la práctica. Sus planteos se vinculan a lo popular, lo colectivo y lo público.
- *Ser una pedagogía de base epistemológica*, al implicar una teoría del conocimiento que promueve, a través de un trabajo educativo, la transformación del conocimiento ingenuo de la realidad a uno crítico y objetivado.
- *Ser potenciadora de cambios desde un interés emancipador*, dado que a partir del conocimiento crítico de la realidad recupera la dimensión utópica desde

la esperanza arraigada en las posibilidades de transformación de las situaciones y los sujetos concretos.

Distintas investigaciones en el campo de la salud se fundamentan y toman la metodología de Freire (Acioli, 2008; Cores, 2009; Rocha Chagas *et.al.*, 2009) vinculadas a experiencias de educación popular en salud llevadas a cabo desde el campo de la enfermería, así como orientados a la humanización del ambiente hospitalario rescatando los valores básicos de la ética profesional y el respeto a la dignidad humana (Backes, *et.al.*, 2005).

Asimismo debe destacarse que el planteo de Paulo Freire es reconocido por referentes del campo de la psicología sanitaria (Saforcada, 2010) al ser una de las perspectivas que impulsa el actual paradigma de la salud comunitaria en Latinoamérica. Identificado como uno de los científicos sociales más destacado de las últimas décadas, Freire junto con otros precursores como el sociólogo Fals Borda dan impulso al paradigma de la salud comunitaria. Desde las bases conceptuales planteadas se erige el estudio realizado.

Acerca de las intencionalidades y procedimiento metodológico

Se partió de los objetivos de:

- Analizar la relación médico-médica pediatra/niño-madre consultante mediante el estudio de cuatro casos.
- Elaborar una propuesta de formación médica sustentada en pedagogía dialógica de Freire orientada a sensibilizar a los profesionales y humanizar la relación.

Para realizar el estudio y cumplir con los objetivos se desarrolló una investigación de naturaleza exploratoria que permitió comprender, desde una perspectiva compleja, el fenómeno de la interacción y comunicación humana, así como los aspectos comportamentales y los contenidos subjetivos que se dan y que constituyen la relación médico-médica/niño-madre consultante.

Se utilizó la estrategia metodológica basada en el estudio de casos, integrada a otros métodos cualitativos y orientada a la construcción conceptual (Neiman y Quaranta, 2006). “El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998: 11).

Se empleó la modalidad de estudio instrumental y colectivo de casos (Stake, 1998). El estudio *es instrumental* porque se realiza en situaciones en las que se debe investigar una situación paradójica, una necesidad de comprensión más amplia y el caso es un instrumento para comprender algo ajeno a él y más general (Stake, 1998; Neiman y Quaranta, 2006). El estudio *es colectivo* porque se investigan varios casos en un mismo proyecto e interesan por lo que tienen de único como por lo que tienen de común. En este trabajo los casos fueron definidos por los médicos y médicas por ser la figura de la relación que se mantiene constante. Por el contrario los niños y madres consultantes varían de manera permanente y se renuevan de una consulta a otra, lo que hubiese tornado difícil para el estudio de la relación definir el caso atendiendo a ellos.

La unidad del estudio se definió como las entrevistas de consulta que mantienen médicos y médicas pediatras con las madres consultantes.

Los interrogantes que orientaron el proceso de investigación plantean: ¿Qué ocurre en las entrevistas de consultas entre médicos/médicas *pediatras-niños y madres consultantes*? ¿Cómo son las relaciones y comunicaciones que se dan entre ellos? ¿Cuáles son las dimensiones de análisis que permiten conocer la relación médico/médica-consultante en pediatría?

Para la selección de los casos la Subsecretaría de Salud del Municipio local autorizó la investigación con sus profesionales y desde un criterio pragmático (Hammersley y Atkinson, 1994) se escogió de un amplio grupo de médicos y médicas a aquellos que estarían dispuestos a ser observados, definiéndose la selección de cuatro casos: dos médicas pediatras y dos médicos pediatras del Primer Nivel de Atención del Sub-sistema Público. Éstos fueron estudiados por un

período de tres meses en jornadas de observación con una frecuencia semanal a cada uno de los casos por el transcurso de dos horas en su desempeño laboral de atención de la salud.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron la observación, las entrevistas individuales y la entrevista colectiva, asimismo se tomaron fotografías en el transcurso de todo el proceso investigativo, estrategias que se utilizaron conjunta y simultáneamente. La retirada del campo se realizó cuando se produjo saturación de información, dada la reiteración de los datos (Strauss y Corbin, 1998).

1.2 Acerca del proceso de análisis e interpretación de datos

Los datos recabados para su análisis fueron:

- Ocho jornadas de observación con cada uno de los cuatro casos (lo que arrojó un total 32 jornadas de observación realizadas por el transcurso de 2 horas, las que incluyen un total de 283 entrevistas de consultas observadas, disgregadas en: 68 consultas observadas al Caso 1; 99 consultas observadas al Caso 2; 51 consultas observadas al Caso 3 y 65 consultas observadas al Caso 4³).
- Cuatro entrevistas individuales realizadas una por cada caso del estudio.
- Una entrevista colectiva en la que se reunió a todos los casos.

Si bien el proceso de análisis comenzó de manera simultánea a la recogida de la información desde los intentos de dar sentido a las primeras impresiones de lo observado, el empleo del programa informático

³ La variabilidad entre la cantidad de consultas observadas de un caso a otro depende del tiempo que los profesionales dispensaban a la atención en el transcurso de las horas que el observador permanecía en el campo. De manera que, mientras el Caso 2 podría haber atendido 16 consultas en el transcurso de las 2 horas observadas y registradas, el caso C3 podría haber atendido a 8 en el mismo lapso horario.

Atlas-TI versión 2.4 permitió manejar el gran volumen de datos recabados, su sistematización global y recuperación para su análisis integral.

Los documentos para su estudio fueron treinta y siete (37), una vez asignados al programa se desarrolló un primer nivel de análisis textual. En esa instancia se realizó una codificación abierta como proceso analítico en el cual los datos fueron fragmentados en sus componentes, examinados y comparados para discernir similitudes y diferencias, bajo denominaciones más abstractas llamadas “categorías” entendidas como conceptos que aluden a fenómenos que emergen de los datos (Strauss y Corbin, 1998).

Seguidamente se realizó una codificación axial y selectiva (Strauss y Corbin, 1998) donde los datos fueron reordenados en la forma de proposiciones que explicitaron la naturaleza de las relaciones entre distintas categorías y sus subcategorías. Estas proposiciones o “hipótesis” permitieron la construcción de una estructura teórica que posibilitó dar forma a las nuevas explicaciones sobre la naturaleza del fenómeno de la relación médico-médica/niño-madre consultante.

Asimismo el efectuar comparaciones de manera constante durante el análisis permitió identificar categorías, desarrollarlas, relacionarlas entre sí e ir comprendiendo mejor los datos examinados en relación a los casos. La forma empleada fue la de comparar incidente por incidente (Strauss y Corbin, 1998) entendiéndose por ello al trabajo comparativo caso por caso a través de las categorías buscando similitudes y diferencias entre ellos.

En este proceso de análisis las categorías emergentes fueron resultado de un ejercicio de triangulación (Stake, 1998) mediante el cual se hizo el esfuerzo constante de advertir si aquello observado contenía el mismo significado cuando se lo encontraba en otras circunstancias, como contenido verbal explicitado en la entrevista individual o en la colectiva. De esta manera la triangulación permitió relacionar los datos emergentes de los distintos instrumentos de recolección utilizados.

Dimensiones y categorías de análisis emergentes del estudio

Stake (1998) considera que los temas de los casos no son simples sino que tienen una intrincada relación con contextos políticos, sociales, históricos y personales. Llevan a observar las actitudes conflictivas, las preocupaciones humanas, ayudan a ver las cosas desde una perspectiva histórica, a reconocer los problemas en la interacción humana, en este sentido las afirmaciones temáticas “constituyen una valiosa estructura conceptual para la organización del estudio de casos” (1998:26).

Atendiendo a ello, los ejes temáticos del estudio se organizaron en grandes dimensiones de análisis de la relación médico-consultante que a su vez se agruparon en categorías, estas son:

- *Dimensión contextual del encuentro médico-consultante*: incluye las categorías de: motivo de consulta, conocimiento previo del consultante, momentos del encuentro, contexto de la consulta, interferencias a la comunicación, trato pronominal, tiempo empleado en la consulta.
- *Dimensión conceptual de la relación médico-consultante*: incluye las categorías de: denominación de la relación, médico en rol de consultante, propósito de la relación, restablecimiento espontáneo de la salud, problemas de relación.
- *Dimensión axiológica y epistemológica de la salud*: incluye las categorías de: unidad de análisis y de acción, foco de atención de la consulta, denominación del usuario por el médico, definición de salud.
- *Dimensión intersubjetiva de la relación*: incluye las categorías de análisis de: trato al niño, niño como interlocutor válido, trato a la madre o cuidador responsable del niño al momento de la consulta, escucha a la madre o cuidador, indagación en aspectos psicosociales del consultante.
- *Dimensión de género y paternidad en el ejercicio profesional*: incluye las categorías de: género y desempeño en la pediatría, paternidad/maternidad y desempeño en la pediatría. Analiza la incidencia del género del profesional en su ejercicio de la pediatría, así como la incidencia de ser madre o padre en su desempeño profesional.
- *Dimensión cultura organizacional del Centro de Salud*: refiere a formas profesionales, modos, estilos, culturas de desarrollo del trabajo al seno de la institución en salud por parte del médico y su equipo.
- *Dimensión Subsistema Público de Servicios de Salud y realidad laboral del médico*: incluye las categorías de: problemas del sistema, malestar del médico, organización/reclamo de los médicos, sistema de salud ideal.
- *Dimensión salud comunitaria y relación médico-consultante*, conformada por las categorías de: rol del médico en salud comunitaria, estrategias en salud comunitaria, interdisciplina y salud comunitaria, saber popular en salud, referentes populares en salud, utilización del saber popular en salud,
- *Dimensión Extensión Vs. Comunicación*, conformada por las categorías de: extensión del médico al consultante, imposición de significado, cosificación de consultantes, interrogatorio extensionista; comunicación del médico al consultante, marco significativo común, horizontalidad, simetría y poder bien intencionado, interrogatorio dialógico, meta-reflexión comunicativa.
- *Dimensión formación universitaria*: incluye las categorías de: formación teórico-práctico, formación humana en medicina.

Atendiendo a estas dimensiones y categorías como ejes temáticos de los casos en torno a la relación con consultantes, en lo que sigue se desarrollará el análisis situacional de dicho encuentro lo que permitirá caracterizarlo en la actualidad.

Análisis situacional de la relación médico-médica pediatra/madre consultante

En virtud de los datos analizados se arriba a las posiciones desde las cuales los médicos y médicas se ubican para comprender su situacionalidad en la relación con consultantes. Asimismo desde la investigación se ha asumido una postura para explicar la misma. La combinación de explicaciones e interpretaciones de los actores implicados da cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de condicionantes que la impactan.

Huertas y Matus (1996) proponen la definición de “análisis situacional” como aquella que obliga a precisar quien explica y desde qué posición lo hace, considerando que una misma situación puede ser explicada de manera diferente por los distintos actores que participan en él y comprendiendo la asimetría de las explicaciones en juego.

En lo que sigue se exponen los elementos que conformarían el análisis situacional de la relación médico-médica pediatra/ madre consultante, estudiada desde la posición de los casos y de la investigadora implicada en su conocimiento:

- *Componentes externos que condicionan la relación:* las observaciones de consultas permitieron advertir cómo la existencia de un conocimiento previo del niño y su madre beneficia la relación, cómo un tiempo escaso disponible para la atención atenta al establecimiento de la relación y cómo el empleo de un tipo de tratamiento pronominal predominantemente asimétrico propicia un distanciamiento y falta de horizontalidad en la relación. *Concepciones epistemológicas y axiológicas que condicionan la relación:* las entrevistas individuales, la colectiva y las observaciones de consultas permitieron advertir cómo aquellos casos que dieron cuenta en sus expresiones de una posición clínica restrictiva (Saforcada, 2002) en su concepción de salud, focalizando sólo en la salud-enfermedad de los niños (“como pediatra yo busco llegar al diagnóstico y evitar equivocarme con el niño”. 377: 383. P1: 40. Entrev.C1) limitaron su accionar relacional al individuo atendido. Aquellos médicos y médicas

que expresaron una concepción de salud vinculada a una posición salubrista expansiva (Saforcada, 2002), que identificaron su unidad de análisis y de acción en la familia y en los niños (“*hacer una contención de la familia...detectar todos los factores que la familia sufre, internos o externos y a partir de eso generar que la familia elabore sus propios recursos*”. 83:89. P19:5. Entrev. C3; “*lo que busca uno es generar confianza...como para que la madre te pueda contar bien no solo la patología que le pasa al chico sino cómo es la estructura familiar, los problemas, las ansiedades, los miedos y todas esas cosas*”. 562: 574. P37:129. Entrev. Grupal) presentaron un accionar relacional considerando los entornos en que se desenvuelven sus consultantes y familias así como su posibilidad de transformación desde la participación en esos escenarios.

- *Concepciones acerca de la relación que la condicionan:* las entrevistas individuales y colectiva revelan la preferencia de los médicos y médicas respecto al término “relación” para precisar la situación de encuentro con sus consultantes. Otorgan importancia a la confianza como elemento favorecedor de la indagación, el papel del diálogo y la comunicación (“*creo que es una relación, un encuentro... un nuevo conocimiento de una determinada familia... tiene diferentes etapas...la primera etapa es la del afianzamiento o de la confianza*”. 181:236. P10:15. Entrev. C2).
- *Aspectos intersubjetivos que influyen en la relación:* las observaciones a los casos permitieron advertir sus formas de trato a las madres y a los niños. Los médicos en general manifiestan un trato próximo al niño, afable, más afectuoso en algunos casos que en otros pero claramente beneficiado en la relación cuando hay conocimiento de los sujetos desde hace años. Ha sido frecuente observar que los profesionales consideran al niño como interlocutor válido capaz de ofrecer datos vinculados a sus dolencias, malestares y de responder a sus interrogatorios. Las formas de trato a la madre varían desde modos más fríos o distantes del profesional, donde no hay apertura a la escucha profunda ni indagación en cuestiones psicosociales de la familia, lo que va

en detrimento de la relación, a aquellos modos de trato próximos propiciados por el conocimiento de las familias y la comunidad, la predisposición a la escucha de calidad y la indagación en lo psicosocial promovido por el conocimiento de los consultantes y sus familias, forma de trato que beneficia la relación con los consultantes.

- *Problemas de relación identificados*: las entrevistas individuales y colectiva revelan que los médicos y médicas mencionan: problemas generados por la desconfianza de ellos hacia ciertas madres; problemas causados por demoras en la atención y la intolerancia de algunas madres; problemas generados por madres que manifiestan conductas de riesgo que afectan la salud de sus hijos; problemas generados por madres que los profesionales identifican como “poli-consultadoras” (“*nos mienten, a mí me mienten, le son más sinceros a la enfermera porque es la que les entrega la leche, a veces me mienten y me dicen que le dan solamente el pecho*”). 646: 650. P1:66. Entrev. C1; “*por ahí pasa que nosotros demoramos demasiado... por ahí están de mal humor y te reclaman la espera*”. 400:412. P1:111. Entrev. C1; “*hay madres ‘poli-consultadoras’, que vos le decís una cosa y van a la mañana, a la tarde a la guardia, al centro de salud y a la noche van al hospital... cuando es sistemático a mí me agota... madres que son obsesivas o el otro extremo negligentes, o que no cumplen el rol*”. 636:657. P37: 146. Entrev. Grupal). Llama la atención que los profesionales al momento de identificar problemas en la relación los centran en la figura de las madres, manifestándose dificultad para reconocerse implicados como parte de dichas problemáticas que depositan externamente en ellas.
- *Relación y condicionantes de género y/o paternidad/maternidad*: si bien en la entrevista individual los casos en su mayoría consideraron que no hay relación entre ejercicio de la profesión y género del profesional, destacaron el papel de la paternidad/maternidad como elemento que contribuye a la relación que establecen con las madres consultantes en la medida que logran empatizar con ellos, pueden ponerse en su lugar, comprenderlos, sensibilizarse ante sus situaciones, involucrarse desde ese lugar (“*cuando vos ya tenés a tus hijos como que te involucras un poco más... tenés otra relación, de más compromiso, más afectiva, de más responsabilidad*”). 169:176. P28: 13. Entrev. C4). Asimismo, reconocieron que la paternidad/maternidad contribuye a su humanización en la relación con los padres consultantes (“*particularmente creo que sí -trae beneficios el ser padres o madres- porque los humaniza un poco más a los médicos que por ahí estamos medio deshumanizados*”). 351: 362. P19:33. Entrev. C3).
- *Contexto macrosocial, sistema de salud, precariedad laboral del médico/médica y su incidencia en la relación*: los médicos y médicas de manera individual, pero más aún en el contexto de la entrevista colectiva, identificaron problemas del sistema que inciden en la relación son sus consultantes. Caracterizaron: un sistema sanitario politizado, con superposición de funciones de instancias de gobierno municipales y provinciales, fomento a un trabajo asistencial en detrimento del comunitario, burocratización de la actividad médica y una situación de inestabilidad laboral. Reconocen que este escenario les genera malestar, desazón y disgusto dadas sus condiciones de trabajo y la falta de reconocimiento social y de retribución económica por parte de las autoridades. Entienden que muchas veces las consecuencias de esta situación repercuten en la relación dado el perjuicio de la falta de tiempo por la cantidad de pacientes para la atención y como ello va en deterioro de la posibilidad de un vínculo genuino con los consultantes.
- *Cultura organizacional y su incidencia en la relación*: la observación a los casos en sus Centros permitió advertir cómo la cultura organizacional incide en la relación con los consultantes. Si bien uno de ellos desempeñaba sus actividades conjuntamente con su equipo en un mismo espacio y fusionando roles (en ocasiones se lo advirtió desempeñándose en funciones de la enfermera como pesar o medir niños o bien la enfermera ejercer tareas de la administrativa como dar turnos o registrar en planillas) esta modalidad pudo valorarse de manera ambivalente en cuanto al establecimiento de la relación con la madre, dado que, por un lado podría considerarse

su fortaleza, ya que frente a un médico retraído y hosco (como se caracterizaba el caso mencionado) la enfermera y administrativa interactuaban con la madre salvaguardando el vínculo, no obstante, por otro lado, esta situación no promovía el establecimiento de un vínculo propio con el médico, lo que se consideró en perjuicio de la misma. Los Centros restantes denotaron actividades individualizadas con médicos y médicas centrados en la atención a los niños y madres, ya sea desde rasgos de una cultura centrada en un “líder prosocial” (Cirera, 2010), otra en transición organizacional y otra denotando rasgos de una cultura colaborativa. Se entiende que la cultura organizacional y el factor tiempo de desempeño en el Centro de Salud del médico-médica es fundamental a la hora de incidir en la relación, dado que, lo observado denota que aquellos Centros cuyos pediatras se han desempeñado con mayor antigüedad en ellos promueven modalidades de trabajo más consolidadas en sus equipos, los que se hallan orientados a propiciar, mantener y conservar las relaciones con las madres consultantes y sus familias.

- *Consecuencias de una mala relación:* Los casos expresaron que una mala relación con el consultante caracterizada por la ausencia de un vínculo comunicativo, sumado a contextos sanitarios donde los consultantes llegan frecuentemente por urgencias y son tratados por el médico-médica de un modo impersonal debido a la falta de un conocimiento previo (citan como ejemplos las guardias hospitalarias), son aspectos que entorpecen o generan ausencia de relación, que sumado a otros, abonan a un escenario que propicia litigios legales.
- *Beneficios de una buena relación:* Los médicos y médicas reconocieron que existe un vínculo entre una buena relación y su incidencia en el proceso de cura, mantenimiento o restablecimiento espontáneo de la salud más allá de las prescripciones y medicaciones indicadas (“el 80 por ciento de las consultas por lo menos en pediatría se solucionan con la relación médico-paciente y un 10 por ciento con la prescripción, la gente viene...a traerte una patología banal...pero la ansiedad de la madre o lo que sea hace que al venir y tener esta relación

médico-paciente y depositar en mí las cosas, se quedan tan tranquilos, dejan que el proceso natural evolucione y que no hace falta ni prescripción médica ni nada”. 271:280. P10:19. Entrev. C2; “con sólo escuchar...el solo hecho de la explicación en sí es como que la familia se siente más contenida en eso...es como que generar en ellos que piensen con vos lo que está pasando”. 511:547. P19:109. Entrev. C3).

- *Salud comunitaria y relación:* Las concepciones que los casos expresaron en salud comunitaria se vinculan con la relación que establecen con sus consultantes. Aquellos que ofrecieron una perspectiva de apertura y de trabajo con la comunidad, que consideraron los aportes de referentes populares, que valoraron y utilizaron sus saberes en salud (“desde la atención primaria vos trabajas con poblaciones entonces vos no podes encerrarte en el consultorio y ver la realidad desde tu consultorio porque afuera pasan un montón de cosas y tenés que salir y darte cuenta de otras cosas para dale un enfoque diferente”. 402:411. P37:24. Entrev. Grupal; “en lugares periféricos marginales los conocimientos en salud son de generación en generación y son los que vos tenés que respetar culturalmente como los curanderos (...) conocimientos que son tan validos como el que viene de la parte privada (427:446. P10:72. Entrev. C2); “tener contacto con los curanderos o esta gente que hace salud que ya me conocen a mí algunos y saben que mientras me lo manden mientras vean algo raro yo les respeto lo de ellos, hay una buena relación” 453:460. P10:37. Entrev. C2) manifestaron en las consultas relaciones de mayor proximidad, vínculos de confianza y conocimiento profundo de la realidad de sus consultantes y familias dado que conocían sus contextos de procedencia, sus condiciones habitacionales, laborales, y dinámicas psicoafectivas, indagando activamente en el transcurso de la consulta sobre estos aspectos. Contrariamente aquellos que realizaron una actividad restringida a lo asistencial sin salida a la comunidad manifestaron relaciones con sus consultantes acotadas al motivo de consulta, remitiéndose sólo a cuestiones biomédicas de la atención y del cuadro patológico actual.

- *Extensión⁴ vs. comunicación*: el análisis de las entrevistas a los médicos-médicas y las observaciones a consultas desde la pedagogía de Freire permitieron advertir prácticas extensionistas como dialógicas. Puntualmente interesa caracterizar a las extensionistas como aquellas que manifestaron: a) explicaciones médicas realizadas mediante verbalizaciones “depositadas” de manera breve, efímera, rápida o compleja, en un acto de imposición que perjudicó la comprensión de la madre o consultante como actores de los que no se esperaron respuestas de retroalimentación, ejemplo de ello es la siguiente narrativa de observación:

C1: (se acerca a la madre con las prescripciones en mano para entregárselas) tomá, ésta es para que retires en el Centro de salud el salbutamol y el budesonide y cómo lo tenés que medicar (le entrega la prescripción pero no le explica cómo es el tratamiento con la medicación, cómo la tiene que administrar), y cuando vayas al Centro de salud ésta es para que autorices la radiografía de cadera (le entrega otra prescripción), ésta al hospital ¿querés que te anote? (refiriéndose a indicarle en la orden la institución para la cual se solicita) para radiografía de pulmón (le entrega otra prescripción), ésta la puedes hacer acá es para la nutricionista (le entrega otra prescripción), y ésta laboratorio (le entrega la última prescripción llenándola de papeles) (333:351.P2:105. 1º Observ. C1).

⁴ Se toma el concepto de extensión desde la perspectiva de Freire (1973) y se lo recrea en este estudio de la relación médico-consultante entendiéndolo por extensión a toda situación en la que el profesional efectúa explicaciones (sea indagación, diagnóstico o tratamiento, indicaciones, prescripciones) mediante verbalizaciones ‘depositadas’ de manera breve, efímera, rápida, o compleja, en un acto de imposición que perjudica la comprensión del consultante, del que no se esperan respuestas de retroalimentación, así como aquellas instancias en que el profesional entrega prescripciones en papel sin acompañar de una explicación, o manifiesta indicaciones efectuando gesticulaciones sin acompañarlas de la palabra (Juárez, 2012a, p. 177).

- b) instancias en las que los profesionales entregaron prescripciones en papel sin acompañar de una explicación; c) situaciones de imposición de significados que revelaron un choque entre el lenguaje académico de los profesionales y el lenguaje popular de las madres, así como el empleo de léxico científico incomprensible a las madres manifestándose narrativas como la siguiente ofrecida a la observación:

C1: ¿fuieste al cirujano, al hospital?

Ma6: no

M: te lo pedí en julio ¿te lo vuelvo a pedir? ¿te parece?

Ma6: es que.... No sé yo....

C1: no te va a... ¿cómo fue el tema de la perinosis?

Ma6: ¿de la que?

C1: del “pitito” (refiriéndose al pene)

Ma6: cómo ¿Cómo fue? (1549:1570. P5: 86. 4º Observ. C1).

- d) situaciones de cosificación mediante las cuales algunos de los médicos se relacionaron con sus consultantes en tanto objetos de su estudio, no consideraron su palabra, no ofrecieron explicaciones del cuadro, no emplearon un tono de voz que propicie la escucha, no consideraron sus interrogantes, dudas o indagaciones, ni se los miró a la cara, ejemplo de ello es este fragmento:

El médico habla bajo pero además denotando poco entusiasmo para hacerlo, obligando a que la madre de su paciente haga un esfuerzo notable para escucharlo. El médico se sienta a rellenar planillas y escribir recetas y órdenes. Silencio. Le entrega a la madre las 6 prescripciones o recetas de cosas a hacer, 6 papeles distintos que le entrega uno detrás de otro diciéndole brevemente que hacer con cada uno, ella denota esfuerzo para recordar qué es cada uno, pero imagino que al llegar a su casa puede haber tenido dificultad para hacerlo de la manera correcta.(32:41. P2:104. 1º Observ. C1).

- e) interrogatorios extensionistas carentes de escucha profunda.

Formación recibida y relación: los médicos y médicas expresaron el haber recibido una formación de grado vinculada a un modelo médico clínico-restrictivo que prepara al estudiante para “no sentir, no pensar”, sólo intervenir para curar lo biológico en un sujeto considerado “objeto” desde un proceso de cosificación de la persona. Algunos fragmentos de entrevistas a ellos realizadas expresaban:

C3: (...) es como que la facultad a uno lo forma para que sea un robot que no siente, que no piensa, que no nada y la realidad cuando uno está haciendo la facultad, a mí me pasó, se te despiertan un montón de sentimientos con pacientes internados, más si lo conoces o lo conociste ahí y es totalmente normal me parece a mí, es totalmente normal y me parece lógico también, yo por ahí en la facultad sufrí mucho eso, notaba a los médicos, muy fríos, muy distantes, pero bueno.... (324:331. P19:29 Entrev. C3).

C2: (...) la relación médico-paciente la aprende cada uno a poncho, capa y espada, porque no hay nadie que te venga a decir (...) nadie te enseña nada.... algunos lo aprenderán y otros nunca lo aprenden, ese es el drama de la frustración no solo del paciente sino la frustración de los mismos médicos porque de ahí viene el 90 por ciento de los juicios por mala praxis viene por mala relación médico-paciente.... (384:391. P10: 32. Entrev. C2).

Esta situación les generó las consecuencias de: a) no encontrarse preparados, al egreso de la universidad, para comenzar un trabajo con consultantes; b) no haber recibido herramientas de formación en la dimensión humana y comunicacional para relacionarse con sus consultantes, c) falta de formación en el plano de “sociabilidad”, d) falta de formación para el abordaje interdisciplinario. Los médicos y médicas reconocen el haber tenido que aprender la dimensión relacional con los consultantes en la misma práctica profesional desde un “aprender haciendo”.

Se advierte que los casos dan cuenta de una situación que revela la complejidad de la relación médico-médica/consultante, la multidimensionalidad de sus condicionantes hace que la misma se presente como preocupante en el plano relacional y comunicacional. La combinación de estos elementos demanda intervenciones no sólo desde el orden de Ministerios de Salud correspondientes al Estado nacional y/o provincial, sino también y principalmente a instituciones de educación superior universitaria por ser las responsables de la formación de estos profesionales.

Prospectivas de una relación compleja

Atendiendo lo desarrollado hasta aquí parecen bosquejarse dos caminos que pueden asumir los encuentros médico-médica/consultantes como escenarios futuros de la relación: 1) El camino en la continuidad de un vaciamiento de contenidos humanistas en la formación médica, 2) El camino de la alternativa humanizadora: la formación en pedagogía dialógica para la práctica médica.

Camino del vacío en la formación humanista: consecuencias en la práctica médica

Los médicos y médicas entrevistados coinciden al identificar vacíos vivenciados en su formación, centrada exclusivamente en lo clínico y patológico. El carácter colectivo de esa instancia de educación superior lleva a pensar en la posibilidad de generaciones enteras de médicos y médicas formados desde modelos restringidos exclusivamente a lo bioclínico en detrimento de contenidos y prácticas orientados a lo humano y social del proceso de salud-enfermedad.

La consecuencia directa de este escenario en la práctica profesional podría resultar en la presencia de una barrera psicosociocultural definida como:

...un fenómeno que resulta de la estructuración, en un espacio intersubjetivo virtual, de los efectos de las reacciones afectivo-emocionales negativas producto de los comportamientos interaccionales de las personas que integran el componente formal de los sistemas de servicios

de salud (personal de hospitales, centros periféricos, etc.) y las personas que constituyen el componente informal de estos servicios (las poblaciones que acuden a estas instituciones en busca de respuestas a sus problemas de salud, percibidos como tales por ellas mismas) (Juárez y Saforcada, 2013:6).

En el estudio realizado se advierte la barrera propiciada por algunos casos de médicos extensionistas que no sólo han carecido de formación humana, sino que tampoco han realizado una metareflexión sobre sus propias prácticas o han intentado mejorarlas desde un “aprender haciendo” (Juárez, 2012).

Ello denota una problemática que no hace más que reproducirse por no percibirla de manera desnaturalizada, crítica y reflexiva por los profesionales.

Se considera que son los médicos y médicas, como sujetos que más poder detentan en la relación que establecen con sus consultantes, los responsables de salvaguardarla. En el mismo sentido son ellos quienes han generado y mantenido esta barrera provocando un escenario de deshumanización que se vincula a la realidad en la que han sido preparados y formados desde el ámbito universitario.

Si no se modifican ciertos aspectos de la formación en medicina, junto con las presiones de grandes corporaciones médicas y farmacológicas, difícilmente el campo de la salud se podrá humanizar, ni se hará eficaz, eficiente y de calidad en pos de una sociedad sana.

Un médico-médica funcional a tal barrera psicosocicultural es un profesional extensionista que propicia comportamientos bancarios basados en la imposición de significado, en la cosificación de sus consultantes, en el ejercicio de poder que marca la asimetría de una relación en la que él se considera el único poseedor de un saber válido, que pronuncia, en muchas ocasiones, desde una violencia simbólica manifiesta en comportamientos y expresiones a sus consultantes.

Atendiendo a lo planteado, las consecuencias que una relación médico-médica/consultante extensionista

permanezca en el tiempo y no se modifique implicará que la barrera entre los interlocutores se intensifique y el grado de deshumanización llegue a ser tal que muchos consultantes preferirán no acceder más a efectores formales y concentrar sus consultas hacia efectores no legalizados.

Este escenario poco alentador da cuenta de un estrecho margen para la acción transformadora, pudiendo resultar que muchos profesionales permanezcan enquistados en comportamientos y actitudes que se naturalizan acríticamente sin ver la situación como problema.

Sólo algunos, desde la reflexividad de su práctica profesional serán capaces de reflexionar y visualizar lo “inédito viable” (Freire, 1973) de la utopía en la acción transformadora, aquellos que ya desde el “aprender haciendo” han comenzado a intentarlo, solo allí podrá radicar el eje de la posibilidad de cambio en la relación por su humanización.

Camino de la humanización en la relación médico-consultante: la formación en pedagogía dialógica de Paulo Freire como alternativa

La posibilidad de la humanización de la relación médico-médica/consultante emerge de manera incipiente, al decir de Freire, como un inédito que se concretiza en la acción que se lleva a efecto y cuya viabilidad antes no era percibida por los involucrados.

El proceso comienza cuando los médicos y médicas se encuentran en su relación con los consultantes con “situaciones límite” (Freire, 1973, 1993) entendidas como barreras y obstáculos que es necesario vencer. Barreras y obstáculos generadas muchas veces por ellos mismos y ante las cuales pueden continuar desde una lógica que las reproduce o bien, percibirlas como algo que existe y que es preciso romper.

En este caso la “situación límite” es percibida en forma crítica, por lo que los profesionales que la entendieron querrán actuar desafiados por resolver los problemas de relación que vivencian. Para ello deberán separarse, tomar distancia de lo que les molesta de la relación, objetivarlo, así los problemas comenzarán a ser un

“percibido destacado” (Freire, 1973) de la relación, lo que los llevará a sentirse movidos a actuar y descubrir lo inédito viable en la misma.

Freire (1973, 1993) entiende que el inédito viable encierra la creencia en el sueño posible y en la utopía que vendrá. Es una cosa inédita, todavía no conocida y vivida claramente pero soñada y cuando se torna en “percibido destacado” por los que piensan utópicamente, entonces estos saben que el problema ya no es un sueño y que puede hacerse realidad. Cuando los seres críticos reflexionan y actúan para derribar las “situaciones límite” que los reducen a ser menos, lo inédito viable requiere su concreción, la que sólo se conseguirá por la praxis dialógica.

Al recrear este concepto de Freire a la relación médico-consultante emerge un planteo paradójico: por un lado, la idea de entender como un inédito a la humanización en medicina, en realidad no debiera tener cabida dado que las raíces de la medicina griega se encuentran en el humanismo, ejemplo de ello es el Juramento Hipocrático que recuerda a los graduados sobre las bases de este humanismo en el ejercicio médico al momento de egresar de la universidad. Por tanto este argumento haría deseable la utilización del término inédito para referir a la humanización de la medicina. Sin embargo, la propagación de situaciones que atentan contra la humanización en la relación médico-médica/consultante en las últimas décadas, inciden en que la misma quede relegada sólo como una expresión romántica, alejada de la realidad de la práctica médica cotidiana.

En este escenario, el percibir una formación actual carente de un plano humanista orienta a pensar en los términos de algo inédito, al menos por estos años, en la relación. Algo que si bien es conocido por médicos y médicas, no es puesto en práctica ni fomentado por muchos de ellos, de ahí su carácter de inédito en términos de algo que en la actualidad resulta ajeno, extraño, para las características que asume la relación. Atendiendo a ello, la idea, recobra significancia y pertinencia en su utilización.

En este contexto el sueño de la humanización de la relación médico-médica/consultante pasa por una ruptura

de las ataduras reales, concretas, que se hallan en: las estructuras de formación profesional desde modelos médicos tradicionales centrados en lo biológico; las situaciones económico-políticas que inciden en la realidad laboral de precarización de los médicos/médicas públicos; las problemáticas del sistema de salud y la valoración que ésta hace a una práctica asistencial de consultorio desarrollada de manera cuantitativa exacerbada en detrimento de la relación puntual con cada consultante; las problemáticas sociosanitarias de las comunidades con que trabajan; las ideologías y preconcepciones que mantienen los profesionales, son elementos que condenan a los profesionales a la deshumanización.

El sueño de la humanización de esta relación responde a la “vocación de ser hombres” (Freire, 1973) de los médicos y médicas que se afirman en el ansia de reconocimiento de la necesidad dialógica con los consultantes, con los que hay que trabajar para la recuperación de su humanidad, despojada durante años en esta relación que se ha mantenido tradicional y verticalista.

En el proceso de recuperación de la humanización los médicos y médicas se reconocerán inconclusos e iniciarán un movimiento permanente de búsqueda utópica, que anunciarán al denunciar los procesos de deshumanización que por un tiempo los tuvieron por protagonistas, pero que ya no los tendrán más.

Propuesta de formación en pedagogía dialógica para médicos y médicas

Haber identificado las dimensiones y los temas que dinamizan el distanciamiento y la barrera en la relación médico-médica/consultante conduce a repensar la responsabilidad que se tiene como profesionales de la salud y la educación de ofrecer herramientas formativas para la superación de esta problemática.

En este escenario se realiza una propuesta en pedagogía dialógica que asume cuatro ejes temáticos para la formación de médicos y médicas desde un trabajo grupal que intentará promover una reflexión crítica sobre sus realidades relacionales.

La dimensión pedagógica del encuentro médico -consultante

Se considera que se encuentra subyacente a la relación médico-médica/consultante una dimensión pedagógica que emerge como resultante de los intercambios dialógicos que inician los profesionales orientados a la formación y comunicación, como una educación preventiva que propician hacia los consultantes, los que asumen características de procesos de enseñanza y de aprendizaje en salud. La dimensión pedagógica se ofrecería al repensar y reflexionar sobre estos procesos en el contexto específico de las relaciones, los contenidos, los intercambios comunicacionales en salud que se desarrollan en el espacio de la consulta.

La relación médico-consultante como un proceso con implicancias cognoscentes

Para que una relación dialógica con implicancias cognoscentes sea posible es necesario superar la contradicción médico-médica/consultante, ello supone dejar de considerar al médico-médica sólo como sujeto de conocimiento y al consultante sólo como objeto de estudio desprovisto de conocimientos. Superar esa contradicción significa entender que mientras el médico-médica explica, enseña, indaga y comunica sobre el cuadro con su consultante, aprende de éste, de sus saberes, sus sensaciones, y mientras aprende, enseña.

Médico-médica y consultante como sujetos cognoscentes construyen, a través de la intersubjetividad, conocimiento crítico de la situación que se presenta (sea el motivo de consulta, la patología, la terapéutica planteada, etc.) para arribar a un conocimiento compartido sobre esa realidad en salud.

Comunicación dialógica en la relación médico-consultante

La comunicación se dinamiza como todo intercambio producido entre médico y consultante realizado desde una intencionalidad dialógica por parte del profesional, quien indaga en la realidad biopsicosocial de su consultante al tiempo que ofrece unos contenidos centrales

vinculados a explicaciones del cuadro o situación por la que se consulta (sea indagación, diagnóstico o tratamiento, indicaciones, prescripciones, cuestiones psicosociales) las que se caracterizan por ser comprensibles, claras, organizadas, en lenguaje sencillo y que se nutren de la escucha profunda y la meta-reflexión como elementos centrales del proceso de comunicación que se desarrolla o desarrolló.

Siguiendo la perspectiva de Freire, las fases del proceso de comunicación dialógica en la relación médico-consultante son: (1) codificación y decodificación; (2) descentración y admiración y (3) marco significativo común.

Codificación y decodificación: Freire (1973) entiende que la codificación es una representación de una situación existencial realizada por los sujetos, frecuentemente ligada a la situación concreta en que y con que se encuentran. Las codificaciones de médico y madres se han construido antes del encuentro y en él comienzan a dinamizarse, en su transcurso podrán ser transformadas o no. En este sentido las codificaciones de los consultantes son para los médicos objetos cognoscibles, desafíos sobre los que debe incidir su reflexión crítica.

La descodificación implicará para el médico un proceso de descripción e interpretación de las codificaciones ofrecidas por el consultante. Tal proceso supone dos etapas: la primera es descriptiva, en ella el médico se centrará en las relaciones existentes entre los elementos expresados por el consultante que constituyen su codificación. La segunda supone el decodificar propiamente dicho, aquí el médico problematizará la codificación del consultante con el objetivo de arribar a un nivel crítico de conocimiento.

Descentración y admiración: refieren a enfrentarse un “no yo” para poder entenderlo y conocerlo. La descentración como la capacidad del médico de vincular su propia singularidad con la del consultante en un acto de acogimiento y comprensión. En este encuentro la admiración

implica que el profesional aprehende el motivo por el cual consulta su paciente a partir de las narrativas que este ofrezca, como objetos de conocimiento que comienzan a ser “ad-mirados” por él para poder construir conocimientos objetivados de la situación a través de un cuadro significativo común.

Marco significativo común: refiere a toda situación en la que el médico/médica ofrezca indicios de indagar con el consultante en búsqueda de una comprensión compartida de lo que acontece. Médicos y consultantes se expresan a través de signos lingüísticos pertenecientes a un universo común a ambos. Se trata de una construcción colectiva y compartida donde los interlocutores se ponen de acuerdo en llamar a la realidad que vivencian (la enfermedad, el tratamiento, etc.) hay acuerdo de significado.

Lenguaje “culto” y lenguaje “popular”: acerca de la “concretud” como condición para comunicarse con consultantes

Freire (2000) entiende que existen diferencias de la sintaxis entre quienes participan de una forma de pensar universitario y una forma de pensar popular. Considera que en la actualidad lo que ha ocurrido es un vaciamiento de los conceptos en su concretud. Mientras el discurso de los universitarios se pierde en la descripción conceptual, la forma popular de hablar del mundo describe lo real, no precisa del concepto.

En este contexto el desafío para los médicos y médicas dialógicos en comunicación con sus comunidades sería el intentar comprender mejor el papel de los conceptos. Ello les implica empaparse de las condiciones estructurales de pensamiento y lenguaje de las comunidades con las que trabajan, en las que viven sus consultantes.

De esta manera la reinención del lenguaje emerge como un proceso necesario para comunicarse los médicos-médicas con sus comunidades enriqueciendo los conceptos al emplearlos, acrecentándolos de su dimensión de concretud. En este escenario de lenguaje directo, son superados los especifismos, científicismos,

abstracciones como murallas impenetrables, y queda lo real, lo existente, desde un lenguaje compartido.

Hacia un horizonte esperanzador: formación en pedagogía dialógica y sus consecuencias en la práctica médica

Se considera que sólo si el médico-médica se humaniza y por lo tanto, se transforma en un actor fundamentalmente ético, dialógico y prosocial (Escotorin, *et.al.*, 2011) cuya responsabilidad se centra exclusivamente en el bienestar del consultante, el encuentro se propiciará.

Con la propuesta de formación en pedagogía dialógica la pretensión es que los profesionales puedan construir un conocimiento objetivado de su situación relacional con consultantes que les permita visualizar aquellas prácticas que hasta el momento se hallaban naturalizadas, problematizarlas e intentar, desde las herramientas conceptuales ofrecidas (dadas al considerar lo pedagógico del encuentro, los procesos cognoscentes implicados, las etapas de comunicación dialógica, lo concreto en el lenguaje) transitar a su aplicación práctica en su desempeño relacional-laboral, entrenándose en la adquisición de hábitos y comportamientos de interacción dialógica que les permitirán humanizarse y humanizar la relación.

El desafío es que los profesionales asuman una conciencia más plena de su rol de comunicadores y educadores en relación con el consultante, que atiendan al valor terapéutico de la palabra desde su empleo horizontal, fomentando la reciprocidad y reconociendo la dignidad del consultante.

En este sentido programas de formación médica en pedagogía dialógica implicarán consecuencias para cada uno de los sujetos involucrados. Algunos beneficios para los médicos y médicas serán: ofrecer las herramientas que le brindarán la posibilidad de comunicarse adecuadamente, formación para la comunicación de situaciones difíciles, de cuadros graves, agudos, para el trato a consultantes, precisión diagnóstica, disminución a la posibilidad de problemas o litigios legales por parte del consultante, propensión al trabajo en equipos

interdisciplinarios, satisfacción con su desempeño relacional profesional, salud positiva protectora de eventuales amenazas del síndrome del *burn out*, entre otros síntomas de malestar.

Algunos beneficios a los consultantes serán: mejoramiento de su sistema psiconeuroinmunoendocrino (PNIE), desaliento a posibles actitudes contenciosas del consultante y/o familiares, toma de decisiones basadas en la reflexividad y la plena conciencia, adhesión de las indicaciones terapéuticas, incremento del bienestar, la confianza y satisfacción de los consultantes hacia el profesional.

Se considera que es en la posibilidad de traspasar los muros de las disciplinas y en analizar la complejidad de los problemas donde puede hallarse una sinergia resolutoria a los mismos. En este estudio el encuentro de disciplinas y profesionales de la psicología sanitaria, la pedagogía de Freire y la salud comunitaria, en trabajo mancomunado con médicos y médicas, rendirá sus frutos en aras de ofrecer respuestas superadoras a la situación que presenta por estos días la relación médico-médica/consultante.

“No tengo dudas de que este proceso de rehumanización, de ‘gentificación’ se va a dar”

[Se añaden las itálicas] (Freire, 2004: 68).

Referencias bibliográficas

- ACIOLI, S. (2008). “A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública”. *Rev. bras. enferm.* [Versión electrónica]. 61(1), 117-121. Recuperado el 2 de mayo de 2011, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>
- BACKES, D; LUNARDI FILHO, W y LUNARDI, V. (2005). “A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire”. *Texto contexto - enferm.* [Versión electrónica]. 14, (3), 427-434. Recuperado el 14 de abril de 2011 de 2011, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a15.pdf>
- BALINT, M.; BALINT, E.; GOSLING, R y HILDEBRAND, P. (1984). *La capacitación psicológica del médico. Evaluación de los resultados de un programa de posgrado para médicos clínicos.* Barcelona: Gedisa.
- CIRERA, M. (2010). “Liderazgo prosocial: hacia un liderazgo participativo y eficiente”. En R. Roche (Ed.), *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno.* Buenos Aires: Ciudad Nueva, 99-110.
- CORES, A. (2009). “La educación popular en salud salva: proyecto freireano en tiempos del neoliberalismo”. *Cad. CEDES* [Versión electrónica]. 29, (79), 419-427. Recuperado el 4 de marzo de 2011, de: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/10.pdf>
- EMMANUELLE, E.S. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico.* Buenos Aires: Novedades educativas.
- ESCOTORIN, P; JUÁREZ, M.P; CIRERA, M. y ROCHE-OLIVAR, R (2011). “La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes”. En P. Escotorin y R. Roche Olivar (Eds.). *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas.* Barcelona: Fundación Martí L’Humà, 22-36.
- FERRARA, F. (1985). *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud.* Buenos Aires: Catálogos.
- FREIRE, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido.* (1º ed. en castellano, 1970). Buenos Aires: Siglo XXI.
- FREIRE, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza.* (1º ed. en castellano, 1992). México: Siglo XXI.
- FREIRE, P. (2000). Lenguaje “culto” y lenguaje “popular”. En Freire P. y A. P. de Quiroga: *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere* Buenos Aires: Ediciones Cinco, 78-82.
- HAMMERSLEY, M y ATKINSON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación.* Barcelona. Buenos Aires. México: Paidós.
- HUERTAS, F. y MATUS, C. (1999). *El método PES (Planificación Estratégica Situacional).* La Paz: CEREB.
- JUÁREZ, M.P (2012). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica.* Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- JUÁREZ, M.P y SAFORCADA, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profe-

- sionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Revista Salud & Sociedad*. Vol. 4 (3) año 2013. Pp. 1-29.
- KALINSKY B. y W. ARRÚE. (1996). “El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede?”. En B. Kalinsky y W. Arrúe (Comps.): *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- LASSO TORO, P. (2012). “Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?”. *Pensamiento Psicológico*, 10 (2), 123-133.
- MAGLIO, F. (2009). “Entrevista a un MAESTRO de la Medicina”. Entrevista a Francisco “Paco” Maglio. En: *Residentes Hospitalarios*. 3 (1) 4-7.
- MENDOZA GONZÁLEZ, B.Z. (1999). “La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación”. *Salud-Problema*. (4), 7. Recuperado el 16 de marzo de 2007, de: <http://www.xoc.aum.mx/aum/publicaciones/revistas/saludproblema/pagina/texte/sietef.pdf>
- NEIMAN, G. Y QUARANTA, G. (2006). “Estudio de caso en la investigación sociológica”. En: Vasilachis de Gialdino, I (Ed.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, 213-237.
- OTTEN, H. (2002). Introduction to Balintwork On Balint Groups - Origins and present state. Recuperado el 24 de agosto de 2009 de: <http://www.balintinternational.com/downloads/introbalint.pdf>
- ROCHA CHAGAS, N; COSTA RAMOS, I; DA SILVA, L; MACEDO MONTEIRO, A y MELO FIALHO, A. (2009). “Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem”. *Cienc. enferm*. [Versión electrónica] 15, (2) 35-40. Recuperado el 18 de mayo de 2011 de: www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art05.pdf
- SAFORCADA, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- SAFORCADA, E. (2010). Disertación de apertura al *Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR*. Universidad Nacional de San Luis. San Luis – Argentina. 15, 16, 17 y 18 de Septiembre de 2010.
- STAKE, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- THOMPSON, T. L. (1990). “Patient health care: issues in interpersonal communication”. En: E. Berlin Ray y L. Donohew (Comps): *Communication and Health. Systems and applications*. Jersey, Hillsdale: LEA.
- VOGLIOTTI, A, y JUÁREZ, M.P. (2012). *Glosario Freireano. Significados para comprender y recrear la teoría de Paulo Freire*. Córdoba: Universitas. Jorge Sarmiento Editor.